VII kadencja

SEJM RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

KANCELARIA SEJMU
Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ **KOMISJI ZDROWIA**

(NR 172)

z dnia 15 stycznia 2015 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Zdrowia (nr 172)

15 stycznia 2015 r.

Komisja Zdrowia, obradująca pod przewodnictwem posła **Tomasza Latosa (PiS)**, przewodniczącego Komisji, i posła **Czesława Hoca (PiS)**, zastępcy przewodniczącego Komisji, rozpatrzyła:

– informację Ministra Zdrowia na temat epidemiologii gruźlicy oraz przygotowania do nowych zagrożeń.

W posiedzeniu udział wzięli: **Igor Radziewicz-Winnicki** podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Marek Posobkiewicz** p.o. głównego inspektora sanitarnego w Głównym Inspektoracie Sanitarnym wraz ze współpracownikami, **Jarosław Kozioł** zastępca głównego inspektora sanitarnego Wojska Polskiego w Inspektoracie Wojskowej Służby Zdrowia Ministerstwa Obrony Narodowej, **Marek Cytacki** specjalista w Biurze Rzecznika Praw Pacjenta, **Wanda Mikulska** główny specjalista w Departamencie Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, **Lech Rejnus** doradca w Departamencie Zdrowia Najwyższej Izby Kontroli, **Ewa Augustynowicz-Kopeć** i **Małgorzata Czajkowska-Malinowska** członkowie Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc, **Antoni Błachnio** dyrektor Mazowieckiego Centrum Leczenia Chorób Płuc i Gruźlicy, **Krzysztof Grzesik** dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Chorób Płuc i Rehabilitacji w Jaroszowcu wraz ze współpracownikami, **Katarzyna Kruczak** starszy asystent w Klinice Pulmonologii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie, **Kazimierz Roszkowski-Śliż** dyrektor Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie.

W posiedzeniu udział wziął **Wojciech Wiśniewski** lobbysta z Viewpoint Group.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Małgorzata Siedlecka-Nowak** oraz **Maria Taurogińska-Kopeć** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dzień dobry. Witam państwa bardzo serdecznie na posiedzeniu Komisji Zdrowia. Witam panie i panów posłów. Witam panów ministrów wraz ze współpracownikami, przedstawicieli Narodowego Funduszu Zdrowia, a także wszystkich naszych drogich, zaproszonych gości.

Szanowni państwo, na początek zapytam, czy są uwagi do przedstawionego porządku obrad. Nie widzę zgłoszeń. Stwierdzam zatem, że porządek obrad został przyjęty. W związku z tym, chciałbym państwu zaproponować, żeby na początku zabrali głos panowie ministrowie. Zobaczymy też krótką prezentację, która została przygotowana przez naszych gości – jak rozumiem z komentarzem – a następnie przeprowadzimy dyskusję. Nie wiem, który z panów ministrów zacznie. Bardzo proszę.

Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Igor Radziewicz-Winnicki:

Dziękuję bardzo. Panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, szanowni państwo, po raz kolejny dziękuję za uwzględnienie w napiętym harmonogramie prac Komisji zagadnień także tak istotnych dla zdrowia publicznego i zdrowia populacji, które wprawdzie trudno uznać, żeby miały kontekst polityczny, ale rzeczywiście mają fundamentalne znaczenie zarówno dla nas wszystkich, jak i dla utrzymania zdrowia całej naszej populacji. Jeśli pan przewodniczący pozwoli, wystąpię bardzo krótko, wiedząc, że tuż za mną głos zabierze wyśmienity specjalista w tej dziedzinie, pani profesor Batura, która jest nowym konsultantem krajowym i przedstawi Komisji szczegółowe dane.

Na początek śmiem zauważyć, że sytuacja epidemiologiczna w zakresie gruźlicy w Polsce generalnie jest dobra i na tle innych krajów, szczególnie ościennych, nawet bardzo dobra, o czym świadczy stosunkowo niski współczynnik zapadalności i bardzo

niski współczynnik występowania gruźlicy wielolekooopornej, która nas bardzo niepokoi. A niepokoi nas tym bardziej, że na wschód od polskiej granicy jest bardzo wysoki współczynnik występowania gruźlicy MDR i biorąc pod uwagę niepokój natury politycznej oraz niestabilność funkcjonowania na terenie objętym działaniami zbrojnymi, istnieje ryzyko migracji populacji, która będzie wektorem tej gruźlicy.

Jeśli pan przewodniczący pozwoli, chciałbym, po tym bardzo krótkim wstępie, oddać głos pani profesor Baturze-Gabryel, która przygotowała prezentację i te dane epidemiczne przestawi w sposób najbardziej właściwy, z akademickim asumptem.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Rozumiem, że pan minister Posobkiewicz ewentualnie zabierze głos później, w dyskusji. Dobrze. W takim razie proszę, pani profesor. Udzielam pani głosu.

Konsultant krajowy w dziedzinie chorób płuc Halina Batura-Gabryel:

Dzień dobry państwu. Na początek chcę podziękować za zajęcie się tym tematem, ponieważ jest on ciągle aktualny, mimo że dane epidemiologiczne nie są najgorsze. Pokażę, jakie jest globalne zagrożenie gruźlicą – i europejskie, i polskie – bo sytuacja europejska bezpośrednio wpływa na naszą sytuację epidemiologiczną. Na świecie jest ponad 8, prawie 9 mln zachorowań rocznie. Czyli gruźlica jest problemem. Przez jakiś czas mówiło się, że nie ma znaczenia i nie jest problemem, ale jej nie się da tak szybko wykorzenić.

Prawie 3 mln osób na całym świecie umiera z powodu gruźlicy. Jakie są przyczyny tego globalnego zagrożenia? Czynniki zewnętrzne – migracja polityczna i ekonomiczna z krajów ubogich o dużym zagruźliczeniu. My jesteśmy jednym z krajów, gdzie to zjawisko występuje. Przypuszczamy, że w przyszłości będzie jeszcze bardziej znaczące.

Druga sytuacja – pandemia zakażenia wirusem HIV i AIDS. U zakażonych HIV jest to infekcja wskaźnikowa przejścia na AIDS, na objawową postać tej choroby. I trzecia – przemieszczenie się masowe, masowa turystyka. Bardzo łatwo jest zarazić się, nawet w samolocie, jeśli jest bliski kontakt bezpośredni. W ciągu ośmiu godzin lotu już jest duże zagrożenie zachorowaniem na gruźlicę. Dane dotyczące AIDS. W ciągu ostatnich lat nastąpił wzrost zachorowań na AIDS o 30-50%. Na świecie jest zakażonych podwójnie 5 mln osób – HIV plus gruźlica. U nas sytuacja też może się pogorszyć, jeśli chodzi o ten problem.

Zapadalność na gruźlicę w Europie i w Polsce. To jest przeźrocze pouczające. Proszę popatrzeć – te najjaśniejsze obszary to są kraje o dobrych wskaźnikach zapadalności, czyli Niemcy – 5,2... To znaczy z jednej strony mamy sąsiadów o dobrej sytuacji epidemiologicznej, a z drugiej strony – proszę zobaczyć – kraje za granicą wschodnią, tereny wschodnie, gdzie jest bardzo zła sytuacja epidemiologiczna gruźlicy, i stąd spodziewamy się migracji. Tak, jak powiedział pan minister, wobec niepokojów społecznych powinniśmy być przygotowani na różne sytuacje. Polska 18,8 na 100 tys. – to jest wskaźnik z roku 2013. Widzą państwo, jak wygląda sytuacja.

Wracając jeszcze do sytuacji Niemiec i Polski przy zachodniej granicy, jest ona taka, że na przykład, w Poznaniu jest wskaźnik poniżej 10, a na terenach wschodnich Niemiec ten wskaźnik jest zbliżony do naszego. To tak wygląda. Za chwilę pokażę, jak wygląda mapa Polski.

Te słupki, które widać na dole, oznaczają zapadalność na gruźlicę w Polsce. Zaczęliśmy notować zapadalność na gruźlicę w 1965 r. i proszę zobaczyć, co uzyskaliśmy przez bardzo aktywną działalność, przede wszystkim Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc i stworzenie w województwach systemu poradni pulmonologicznych. Uzyskaliśmy bardzo dużo. A teraz od roku 2006, mamy prawie plateau. Te wskaźniki spadają, ale nie rewelacyjnie.

Chciałabym też zwrócić uwagę na to, że w roku 2000 był Narodowy Program Zwalczania Gruźlicy i go nie ma. To w pewnym sensie znajduje odzwierciedlenie w tym plateau. Przydałoby się więc zrobić coś, co by spowodowało, że te wskaźniki będziemy mieć jeszcze mniejsze...

Poseł Józefa Hrynkiewicz (PiS):

Tam nic nie widać. Dobrze by było, gdyby pani profesor zechciała podzielić się informacjami...

Konsultant krajowy w dziedzinie chorób płuc Halina Batura-Gabryel:

Dobrze. Mogę przekazać wykład... Podać, jakie są wartości?

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Po pierwsze, zapraszam państwa bliżej. Jest mnóstwo wolnych krzeseł, więc można usiąść 5 m albo 3 m bliżej. Po drugie, proszę panią profesor – mimo że w rozmowie z panią ograniczałem czas do około 10 minut – ewentualnie szerzej skomentować te dane, które jednak są dość widoczne i zrozumiałe. Osoby, które są zainteresowane, zapraszam bliżej. Są miejsca zupełnie blisko, naprzeciw pana ministra, czy tu, bliżej, bo jeśli będziemy siedzieć na końcu, to siłą rzeczy będzie trudno coś zobaczyć...

Poseł Józefa Hrynkiewicz (PiS):

Podeszłam bliżej i usiłowałam coś zobaczyć, ale też nie widziałam. Przypuszczam, że wiele osób też nie widzi...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Pani profesor, zapraszam tutaj. Bardzo proszę, tu jest wolne miejsce.

Konsultant krajowy w dziedzinie chorób płuc Halina Batura-Gabryel:

Może będę kontynuować i powiem pani, jaka jest różnica między rokiem 1965, kiedy było 140 zachorowań na 100 tys., a obecnym, kiedy jest 18,8 w całej Polsce. Czy to wystarczy? Materiały mogę przekazać w formie elektronicznej... Żółty kolor oznacza dodatnie prątki w plwocinie... Przepraszam kolor żółty – ujemne, a kolor czerwony dodatnie. To znaczy, że to byli chorzy prątkujący. Oni są zaznaczeni na czerwono... To znaczy tacy, u których w bezpośrednim badaniu oznaczono prątki. Kolorem czerwonym oznaczeni są zakaźni. Już nie będę tłumaczyć niuansów...

Idźmy dalej. Proszę państwa, w odniesieniu do Europy, pokazuję sytuację w Polsce, która jest bardzo zróżnicowana. Są województwa, w których jest niewielki wskaźnik, w okolicy 10-13 zachorowań na 100 tys., a są województwa, gdzie te wskaźniki są 2-3 razy wyższe. A „ściana wschodnia" – proszę popatrzeć, lubelskie, świętokrzyskie, ale też mazowieckie – ma wskaźniki o wiele wyższe.

Jeśli chodzi o górną część mapy, gdzie te wskaźniki są niskie. Warmińsko-mazurskie i podlaskie – tam wskaźniki są naprawdę niewiarygodne. Być może chodzi o zgłaszalność zachorowań na gruźlicę. Kiedy mam kontakt z konsultantem wojewódzkim w województwie warmińsko-mazurskim, to pani profesor mówi mi, że ten wskaźnik powinien być wyższy, bo ona obserwuje w praktyce dużą liczbę zachorowań na gruźlicę w tym województwie. Tu mamy Polskę i wskaźnik 18,8 na 100 tys.

A teraz trochę o tym, które grupy są najbardziej zagrożone zakażeniem. To jest choroba zakaźna, która przenosi się głównie drogą kropelkową. Najbardziej groźni są chorzy na gruźlicę krtani, oskrzeli, płuc, którzy nie zasłaniają ust i nosa w czasie kaszlu i kichania , i zarażają. Najbardziej zakaźni są ci, którzy mają bezpośrednio wykryte prątki w plwocinie, ze zmianami radiologicznymi w płucach. Jeden prątkujący zaraża rocznie 10-15 osób, które się z nimi stykają.

Jakie są czynniki ryzyka? Socjalne – złe warunki życia, bieda. Jednak chorują też ludzie, którzy nie są biedni, ale żyją w stresie i za dużo pracują, co jest symptomem dzisiejszych czasów. Wszystkie nałogi, ale także – i na tę grupę zwraca się najmniej uwagi – podeszły wiek. Ci chorzy chorują zupełnie inaczej niż chorzy młodsi, gdzie rzadko występują ostre objawy. Oni mogą zakażać całą rodzinę i swoje otoczenie, bo nikt ich o to nie podejrzewa, bo taki starszy człowiek chodzi, kwęka, często cały czas kaszle i nie wiadomo, że coś się z nim dzieje.

Druga grupa to chorzy na inne choroby, w przypadku których następuje spadek odporności. Mówiliśmy o AIDS, ale pojawia się nowa grupa, która w przyszłości będzie rosnąć, czyli osoby, które są leczone biologicznie nowymi lekami, które zostały wprowadzone całkiem niedawno. To są chorzy na przykład na choroby reumatologiczne czy gastroenterologiczne, u których pod wpływem tego leczenia dochodzi do obniżenia odporności. Dlatego te osoby muszą być kontrolowane, badane przed włączeniem leczenia, czy nie występuje u nich ryzyko zachorowania na gruźlicę.

Czyli czynniki ryzyka, to bliski i częsty kontakt z chorym na gruźlicę – imigranci, bezdomni i osoby, które przebywają w domach opieki społecznej i domach spokojnej starości; pracownicy służby zdrowia, którzy pracują z chorymi na gruźlicę lub z grup ryzyka AIDS, przede wszystkim pielęgniarki i salowe, a więc ten personel, który spędza z chorym najwięcej czasu. Niewystarczająca opieka medyczna i nieukończone leczenie gruźlicy to następny problem. A w jakich grupach jest największe ryzyko? Małe dzieci i osoby powyżej 65 roku życia w rodzinnym kontakcie z prątkującym. To jest ta grupa najważniejsza. Następna – osoby nieszczepione przeciw gruźlicy. Tak więc ruchy antyszczepionkowe na pewno nie działają pozytywnie. Nie ma wątpliwości, że szczepienie w jakiś sposób chroni przed zachorowaniem.

Wśród problemów, jakie mamy, ważne jest to, że jeszcze za mały procent ludzi, którzy chorują na gruźlicę, ma potwierdzone rozpoznanie bakteriologiczne. Wiążą się z tym różne problemy. Czasem trudno to potwierdzić z natury rzeczy, ale czasem są to po prostu źle zorganizowane laboratoria, za skromnie wyposażone i zbyt mała ich liczba. To jest punkt, na który trzeba zwrócić uwagę – dofinansować te laboratoria.

Jest jeszcze jeden wielki problem, na który musimy zwrócić uwagę, że mamy zbyt duży procent pacjentów, których losów nie znamy. Brakuje nam danych o 20% osób, które były leczone na gruźlicę. Nie mamy żadnych danych. Jednak dzieje się tak po części dlatego, że nie ma przymusu podawania wyników leczenia w statystycznym zgłaszaniu leczenia. Musimy zgłosić, że chory zachorował, prątkuje czy nie prątkuje – te dane muszą być zgłoszone do rejestru – natomiast lekarze nie są zmuszeni do tego, żeby podawać dane o efektach leczenia...

Poseł Joanna Mucha (PO):

Co to znaczy niepowodzenie leczenia?

Konsultant krajowy w dziedzinie chorób płuc Halina Batura-Gabryel:

Niepowodzenie leczenia, to jeśli był pacjent leczony lekami przeciwprątkowymi i nie uzyskaliśmy odprątkowania. To znaczy... Proszę? Z różnych względów nie uzyskaliśmy odprątkowania. Może to było z takiej przyczyny, że prątki są oporne na leczenie lub takiej, że chory przerwał leczenie. I takich chorych jest 20%. My w ogóle nie wiemy, co się z nimi dzieje.

I jeszcze jeden problem, ostatni, który chcę przedstawić – gruźlica wielolekooporna. To znaczy, że to jest gruźlica, której prątki są oporne na jeden lub więcej leków. To jest ważne, ponieważ diagnozowanie i leczenie takiej gruźlicy jest znacznie trudniejsze i droższe. Poza tym problem dość szybko narasta w okolicznych krajach, przede wszystkim Wschodu. Możemy więc się z tym stykać w najbliższej przyszłości. Ta wielolekooporna gruźlica polega na tym, że normalne leki, jakie stosujemy na gruźlicę nie działają na te prątki. Dlatego jest duże ryzyko rozprzestrzeniania się. Najwięcej gruźlicy wielolekoopornej jest na Białorusi, ale także Ukrainie. W tych krajach – nie będę przytaczać danych procentowych, bo to niepotrzebne – to ryzyko jest naprawdę duże.

W Polsce nie mamy jeszcze dużo gruźlicy opornej na wiele leków – odnotowano 40 przypadków. Ona jest bardzo trudna w leczeniu. Mamy jeszcze około 150 chorych z opornością wyłącznie na izoniazyd. Jeśli państwo spojrzą, wydaje się, że jest to mała liczba, ale problem jest duży, naprawdę groźny, bo ludzie bardzo szybko zarażają się tymi prątkami i trudno jest ich leczyć.

Na zakończenie chciałabym pokazać, że dysponujemy bardzo dobrym narzędziem, które powstało w Polskim Towarzystwie Chorób Płuc. Są to zalecenia bardzo praktycznie napisane, w punktach, z których należy korzystać, jeśli ktoś interesuje się problemem gruźlicy. Co robić, jak powinien być ustawiony system leczenia i rozpoznawania gruźlicy – tam te sytuacje są opisane.

Problemem, o którym jeszcze nie wspomniałam, jest również badanie kontaktów. Jeżeli mamy sytuację taką – często państwo słyszą o tym w telewizji – że w przedszkolu jest gruźlica, w domu opieki jest gruźlica, to problemem jest, jak zbadać tych, którzy mają kontakt z prątkującym. Sytuacja jest trudna, ponieważ nie ma kto zapłacić za badanie kontaktów. Odbywa się to płacenie przez wójtów, burmistrzów itd., podczas gdy możliwość zbadania osoby z kontaktu powinna być normalną procedurą bezpłatną,

bez różnych fikołków, jakie musimy robić, żeby zapewnić finansowanie. Jest to bardzo ważne, bo mówi nam czy ktoś w otoczeniu nie został zakażony. To wszystko, co chciałabym poddać przemyśleniu i ewentualnie dyskusji. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Czy jeszcze ktoś z zaproszonych gości chciałby krótko zabrać głos? Bardzo proszę.

Dyrektor Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie Kazimierz Roszkowski-Śliż:

Kazimierz Roszkowski. Jestem dyrektorem Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc. Chciałbym troszeczkę skorygować przekazane informacje...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Jeżeli mogę coś zasugerować – dla nas, z punktu widzenia Komisji, ważne jest, jakie są problemy na styku z Narodowym Funduszem Zdrowia czy z samorządami...

Dyrektor IGiChP w Warszawie Kazimierz Roszkowski-Śliż:

Właśnie chciałbym...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Okej. Bardzo proszę.

Dyrektor IGiChP w Warszawie Kazimierz Roszkowski-Śliż:

Po pierwsze chciałbym skorygować pewne informacje – to jest bardzo istotne z punktu widzenia państwa, którzy reprezentują różne okręgi – odnośnie do zróżnicowanej sytuacji epidemiologicznej, jaką obserwuje się w kraju. Są takie województwa jak zielonogórskie, gdzie zapadalność jest na poziomie niemieckim, a są województwa jak na przyjazd lubelskie, gdzie zapadalność jest znacznie wyższa, bo wynosi około 30 na 100 tys., czyli jest wyższa od średniej krajowej. I w żadnym przypadku – muszę to kategorycznie podkreślić – nie jest to związane z niedostatecznym rejestrowaniem. Za chwilę to wytłumaczę.

W wojewódzkie warmińsko-mazurskim zapadalność jest wyższa niż w mazowieckim, chociaż PKB w tym województwie jest znacznie niższe, ale geneza gruźlicy jest problemem historycznym. Proszę nie zapominać, że nasze obecne wskaźniki wynikają z tego, że historycznie mieliśmy bardzo duży odsetek zakażonej populacji i to, że obecna sytuacja w Polsce – poprawiająca się notabene – jest gorsza niż w Niemczech, wynika z tego, że w 1965 r. w Polsce współczynnik zapadalności na gruźlicę wynosił 450 na 100 tys., a w Niemczech 100 na 100 tys. W związku z tym, jest to również odbicie sytuacji z przeszłości. Zróżnicowanie geograficzne też jest odbiciem sytuacji z przeszłości.

Pytanie. Mamy na przykład dwa województwa – lubelskie i podkarpackie. W lubelskim zapadalność jest bardzo wysoka, a w podkarpackim jest średnia krajowa. Dlaczego? Bo lubelskie należało do zaboru rosyjskiego, a podkarpackie do zaboru austriackiego. To samo dotyczy Warmii i Mazur. To był zabór niemiecki... Proszę? Ale duża część, pani poseł. Warmińsko-mazurskie całkowicie. To są pozostałości, o charakterze... Proszę?

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Bardzo bym prosił nie prowadzić dyskusji na boku. Proszę kontynuować.

Dyrektor IGiChP w Warszawie Kazimierz Roszkowski-Śliż:

Musimy brać pod uwagę to, że te historyczne elementy w historii zapadalności na gruźlicę są bardzo istotne. I jeszcze kwestia szczepień, które oczywiście nie mają żadnego znaczenia ochronnego dla zapadalności. Wiadomo jest tylko, że... Dlatego że średni spadek zapadalności na gruźlicę w Polsce jest dokładnie taki sam jak we Francji, chociaż we Francji nie szczepi się w ogóle. Jedynym pozytywem wynikającym ze szczepienia na gruźlicę dzieci – noworodków – jest niższy odsetek ciężkich postaci klinicznych gruźlicy. To jest bardzo ważne i dlatego nie rezygnujemy z tego. Zmodyfikowaliśmy system szczepień. Wyeliminowaliśmy rewakcynację szczepienia w wieku szkolnym, natomiast szczepienia noworodków pozostają. One są bardzo racjonalne i uzasadnione epidemiologicznie.

Jakie są zagrożenia zewnętrzne? Pani profesor powiedziała o zagrożeniach zewnętrznych potencjalnej imigracji z krajów o wyższym stopniu tak zwanego zagruźliczenia

– to jest bardzo nieładne określenie, ale funkcjonuje. Istnieje w Polsce wiele takich problemów, które wynikają z zaburzeń o charakterze organizacyjnym. Dla przykładu – chciałbym powtórzyć jeszcze raz to, co powiedziała pani profesor – problem tak zwanych kontaktów. Zdecydowana większość gruźlicy identyfikowana jest z objawów. Zatem masowa fotografia – badania radiofograficzne stosowane w przeszłości – nie ma żadnego znaczenia, dlatego że podstawową metodą jest rozpoznanie z objawów. Jednak, proszę państwa, bardzo istotnym elementem jest badanie kontaktów.

Wiadomo, że ryzyko wystąpienia gruźlicy u osób najbliższych w kontakcie z prątkującym jest znacznie wyższe niż w całej populacji, w związku z tym badanie kontaktów jest bardzo istotne z punktu widzenia epidemiologicznego i klinicznego. Trwa nierozwiązany spór, kto ma to finansować – czy powinno to być finansowane przez nadzór sanitarno-epidemiologiczny czy przez płatnika świadczeń zdrowotnych. W moim przekonaniu, badanie chorego z kontaktów jest świadczeniem zdrowotnym wynikającym ze wskazań epidemiologicznych. Jeżeli ktoś ma kontakt z gruźlicą i ma skierowanie z tego tytułu do lekarza, powinien mieć wykonane proste badania, w tym zdjęcie klatki piersiowej i próbę tuberkulinową, z którą jest trudno, nie z polskich powodów tylko dlatego, że jedyny producent tuberkuliny ma kłopoty z immunogennością tego preparatu. Dlatego istnieje alternatywna metoda do identyfikacji zakażenia w postaci tak zwanych testów IGRA. Oczywiście jest duże lobby producentów testów IGRA, żeby wprowadzić je do ogólnej refundacji. Jestem przeciwnikiem takiego rozwiązania, dlatego że byłyby one nadużywane do celów diagnostycznych, a nie mają żadnego znaczenia diagnostycznego. Natomiast testy IGRA powinny być stosowane jako metoda do identyfikacji zakażenia z powodów epidemiologicznych, czyli właśnie w przypadku badania kontaktów... To znaczy, najwyższe prawdopodobieństwo wystąpienia zachorowania identyfikuje się w ciągu dwóch lat od kontaktu z prątkującym, natomiast zakażenie może być identyfikowane po upływie około miesiąca od kontaktu z prątkującym.

Testy IGRA nie stanowiłyby problemu ekonomicznego, gdyby były stosowane tylko dla celów identyfikacji zakażenia w przypadku badania kontaktów, natomiast nie podlegałyby tak zwanej refundacji ze wskazań ogólnych, jako test diagnostyczny, bo one nie mają żadnego znaczenia w identyfikacji gruźlicy jako choroby. Mają jeszcze jeden plus, mianowicie tuberkulina jest produkowana w opakowaniach wielodawkowych, natomiast badanie kontaktów dotyczy zawsze indywidualnej osoby lub 5-6 osób. Testy IGRA są testami indywidualnymi i w związku z tym nie trzeba niszczyć całej ampułki, żeby wykonać jedną próbę tuberkulinową.

Kolejnym elementem, który jest bardzo istotny – już kończę – z punktu widzenia potencjalnego zagrożenia MDR, jest wyrównanie standardów diagnostycznych, jeżeli chodzi o wczesną identyfikację prątków z wczesnym oznaczeniem ich lekowrażliwości. Bardzo dziękuję. Kończę.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Czy jeszcze ktoś z zaproszonych gości chciałby zabrać głos? Bardzo bym prosił o krótkie wypowiedzi, żebyśmy nie zgubili istoty sprawy. Myślę przede wszystkim o członkach Komisji. Zaraz otworzę dyskusję. Widzę już dwa zgłoszenia – pani poseł Gądek i pani poseł Hrynkiewicz. Bardzo proszę kontynuować wprowadzenie, rozumiem krótko.

Starszy asystent w Klinice Pulmonologii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie Katarzyna Kruczak:

Dzień dobry. Nazywam się Katarzyna Kruczak. Jestem lekarzem z kliniki pulmonologii z Krakowa i chciałabym króciutko przestawić państwu problem gruźlicy z perspektywy naszego województwa. Otóż, rzeczywiście w 2013 r. nastąpił spadek zachorowalności, zapadalności na gruźlicę – to jest ciągły sukcesywny spadek, w 2013 r. było 7250 nowych przypadków – niemniej jednak doszło do zróżnicowania stopnia zapadalności na gruźlicę w zależności od województw. Wyodrębniamy województwa, które mają...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Pani doktor, jeśli można, prosiłbym o nowe informacje, bo to było w prezentacji.

Starszy asystent w Klinice Pulmonologii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie Katarzyna Kruczak:

Tak, oczywiście. ...które mają znaczący spadek zapadalności...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Nie powtarzajmy, naprawdę...

Starszy asystent w Klinice Pulmonologii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie Katarzyna Kruczak:

...natomiast są województwa, gdzie ta zapadalność wzrasta. Do takich województw należy województwo małopolskie. Tutaj zapadalność w kolejnych latach sukcesywnie wzrasta. Bardzo nas niepokoi, że dochodzi do zapadalności na gruźlicę u dzieci i młodzieży, zarówno w skali całego kraju – w 2013 r. były wyższe współczynniki niż w latach ubiegłych – i oczywiście w naszym województwie. Niepokojące są również takie zjawiska, jak to, że mamy dużo gruźlicy obficie prątkującej. Wśród prątkujących, AFB dodatnich, jest 50% osób, które bardzo obficie prątkują na 3 plusy.

Następnym problemem są grupy ryzyka zachorowania na gruźlicę, do których należą bezdomni, pracownicy ochrony zdrowia i kontakty bliskie innego rodzaju, w przypadku których stopień zakażenia prątkiem jest znaczący – dochodzi do 30-40%. Z tych osób wywodzą się chorzy na gruźlicę. Poza tym istnieją grupy, gdzie dochodzi do wysokiej transmisji gruźlicy. My wykonywaliśmy takie badania na terenie miasta Krakowa i tam około 40% gruźlicy to gruźlica aktywnie transmitowana. Według nas są to bardzo niepokojące wskaźniki, które przyczyniają się do sukcesywnego wzrostu zapadalności na gruźlicę w naszym województwie. Ta bardzo niepokojąca sytuacja doprowadziła nas do pracy nad programem profilaktyki gruźlicy w tym województwie, który właśnie w tym roku procedujemy. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Myślę, że przejdziemy do dyskusji, bo za chwilę państwo będą... Proszę wybaczyć, jednak państwo powtarzają pewne argumenty, a w zadawanych pytaniach pojawią się jeszcze nowe sprawy. Z naszego punktu widzenia, najważniejsze są konkluzje, które ministerstwo czy Komisja miałyby ewentualnie przyjąć. Otwieram dyskusję. Bardzo proszę, pani poseł Gądek.

Poseł Lidia Gądek (PO):

Dziękuję bardzo. Panie przewodniczący, panie ministrze, szanowni goście, bardzo dziękuję za udzielenie mi głosu, a przede wszystkim za to dzisiejsze posiedzenie Komisji, którego – nie ukrywam – była pośrednim sprawcą, bo wnosiłam o to, żeby ten temat był podjęty.

Wydawałoby się wszystkim – jak już tu było przedstawione – że gruźlica to jest ten problem, który w latach 60. został opanowany. Okazuje się, że jest on coraz bardziej groźny, co więcej atakuje coraz młodsze grupy społeczne i nie jest to już domena tak zwanego marginesu społecznego.

Tak jak powiedziała przed chwilą pani doktor, w Małopolsce ten problem został zauważony nie tylko w związku ze wzrostem zachorowań i masową transmisją gruźlicy, ale również z tym, że pojawiły się zachorowania w skupiskach dzieci i młodzieży, a przede wszystkim młodzieży w szkołach średnich, co jest niezmiernie niepokojące biorąc pod uwagę, że będziemy mieli grupę osób, które będą transmitować prątka w populacji przez wiele lat, jeżeli nie podejmiemy odpowiednich kroków.

Jest wiele problemów związanych z tym tematem, jakże jeszcze wstydliwym, bo trzeba też zwrócić uwagę na to, że dane, jakie posiadamy, nie są pełne z wielu względów, a między innymi z tego, że niestety mamy zbyt niską rozpoznawalność gruźlicy – co pani profesor była uprzejma powiedzieć w swoim wykładzie – i sprawozdawczość nie do końca działa tak, jak należy. W związku z tym te dane z pewnością wskazują na nieco niższe niż faktyczne istnienie gruźlicy w populacji. I oczywiście jest olbrzymie zagrożenie, ponieważ w związku z coraz większą migracją nie tylko ze względu na niepokoje społeczne, ale również społeczną zza wschodniej granicy, pojawiają się prątki wysokoodporne. Ponieważ pracuję od lat z Wojewódzkim Szpitalem Chorób Płuc i Rehabilitacji w Jaroszowcu,

gdzie jest oddział leczenia gruźlicy, te problemy są mi wyjątkowo znane również z tej strony, o której była mowa, czyli na styku NFZ jako płatnika, ministerstwa jako kreującego politykę zdrowotną i świadczeniobiorcy, którzy są odpowiedzialni za leczenie. I stąd moje wnioski, proszę państwa, jeżeli chodzi o sprawę gruźlicy w ogóle oraz finansowanie leczenia i diagnostyki.

Myślę, że państwo w większości zgodzą się ze mną, że świadczenia z zakresu leczenia gruźlicy powinny być zaliczone do świadczeń nielimitowanych, ponieważ trudno sobie wyobrazić w przypadku choroby społecznej, o której wiadomo, że dzisiaj jedynym skutecznym sposobem zahamowania jej rozprzestrzeniania się jest hospitalizacja i skuteczne leczenie wszystkich prątkujących – co nie jest możliwe, ale chcemy do tego dążyć – ograniczanie limitów poprzez to, że przyjmiemy na przykład 80% a 20% w tym roku nie będziemy leczyć. Tego absolutnie nie można przyjąć. Oczywiście oddziały NFZ w tym zakresie płacą nadwykonania w pierwszej kolejności, ale nigdy nie ma gwarancji, że zostaną one zapłacone w pełni.

I druga sprawa. Tak naprawdę, mamy taką sytuację. Jeżeli lekarz czy to z poradni, czy z POZ, skieruje pacjenta do hospitalizacji, to zaczyna się następny problem. Oczywiście, część pacjentów zgłasza się i podejmuje leczenie, ale czasem na własne życzenie przerywa to leczenie przed odprątkowaniem, w związku z czym, wraca do społeczności ktoś, kto będzie potencjalnie bardziej odporny na leczenie, i nadal prątkuje. Niestety nie mamy możliwości przymusowego leczenia tego pacjenta. Jedyna forma to decyzja administracyjna inspektora sanitarnego, ale po pierwsze nie wobec każdego pacjenta jest taka decyzja wydawana, a po drugie kara za niewykonanie tej decyzji to chyba około 5 tys. zł, w związku z tym część pacjentów i tak jej nigdy nie zapłaci, i mamy krążące prątki...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Pani poseł, gdybym mógł prosić, proszę zmierzać do konkluzji.

Poseł Lidia Gądek (PO):

Przepraszam, panie przewodniczący, ale cały czas mówię o konkretach i daję konkretne wnioski... Tak, prawda. I właśnie w tej chwili chciałabym, aby ministerstwo wypracowało schemat obligo do leczenia.

I kolejna sprawa, to leczenie chorych na gruźlicę w oddziałach psychiatrycznych, gdzie koszty leczenia są zdecydowanie wyższe z wiadomych względów. Tych pacjentów jest niemała grupa i są oni wyjątkowo groźni, jeżeli są na tak zwanej wolności, bo są... Nie będę tego rozwijać, bo nie mamy czasu. W każdym razie, tam to leczenie jest wyjątkowo niedofinansowane, bo płaci się tylko za leczenie psychiatryczne pacjenta. Nie dopłaca się za leczenie gruźlicy, a leczenie gruźlicy wysokooporne jest często niewspółmiernie drogie w stosunku do standardowego leczenia. Z mojej strony na razie te trzy tematy. Może reszta z państwa zgłosi inne. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Pani poseł, wprawdzie jesteśmy na początku dyskusji, ale nie sądzę, żeby tutaj ktoś nie zgodził się ze stwierdzeniem, żeby może w imieniu Komisji pani poseł zaproponowała stosowny dezyderat, który będzie dotyczyć nielimitowania czy wielu innych spraw, jakie zostały poruszone, a my jako Komisja z pewnością chętnie to poprzemy. Zatem uprzedzając dalsze głosy w dyskusji, sądzę że warto będzie przygotować taki dezyderat, który przyjmiemy na jednym z kolejnych posiedzeń Komisji.

Poseł Lidia Gądek (PO):

Bardzo dziękuję, panie przewodniczący.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Bardzo proszę, pani poseł Hrynkiewicz.

Poseł Józefa Hrynkiewicz (PiS):

Bardzo dziękuję. Szanowny panie przewodniczący, szanowny panie ministrze, szanowni goście i szanowni państwo, pierwsze moje pytanie kieruję do pana ministra, ponieważ ze zdumieniem dowiedziałam się od pani poseł Gądek, że są limity w leczeniu chorób zakaźnych. Czy one dotyczą wszystkich chorób zakaźnych, czy tylko gruźlicy? Czy

to prawda, że coś takiego jest? A jeśli prawda, to kto to wymyślił, ponieważ to naprawdę nadaje się do jakiejś bardzo wysokiej nagrody... Czy można prosić o...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Pani profesor, bardzo bym prosił...

Poseł Józefa Hrynkiewicz (PiS):

Zadam wszystkie pytania...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

...niech pani zada całość pytań, a kiedy pan minister będzie odpowiadać, powie również o tym.

Poseł Józefa Hrynkiewicz (PiS):

Dobrze. W związku z tym pytaniem, chciałabym również zapytać o zdanie pana ministra Posobkiewicza, bo chyba inspekcja sanitarna też ma tu coś do powiedzenia, czy do zrobienia, jeżeli rzeczywiście są limity. To jest nadzwyczajna wiadomość.

Następna sprawa, która mnie bardzo niepokoi, dotyczy wiarygodności danych, jakie tu przedstawili nasi zacni goście – pani profesor i pan profesor. Z tych przedstawień wynika, że w Polsce właściwie nie wiemy, kto, gdzie i ile osób, w jakim wieku – jaka jest charakterystyka demograficzna – choruje na te choroby zakaźne, bo mamy wiadomość o tych, którzy trafili, ale może trafili przypadkiem, bo przecież nikt żadnego... Czy były robione badania przesiewowe w jakichś grupach na przykład studentów, które mnie interesują, czy w grupach uczniów, czy w jakichś środowiskach – domach opieki społecznej – żeby to sprawdzić? Muszę powiedzieć, że to jest bardzo niepokojące, ponieważ to pokazuje, że nie mamy dobrych narzędzi diagnozy w tym zakresie, a o tę diagnozę prosi się aż trzeszczy... Ta sprawa musi być dokładnie zdiagnozowana i zbadana. Jeżeli bowiem te dane są niewiarygodne...

Ja podważam historyczną argumentację pana profesora, bo chcę powiedzieć, że na przykład na tak zwanych ziemiach odzyskanych, czyli w Polsce północnej i zachodniej, ludność wymieniła się całkowicie po drugiej wojnie światowej... Niemal całkowicie. Została tam niewielka część i dobrze wiemy skąd tam ta ludność przybyła i jak procesy osiedleńcze na tamtych terenach kształtowały się. To nie jest tematem dzisiejszego spotkania, ale mówię to w związku z wyjaśnieniem pana profesora. I wydaje mi się, że na te duże zróżnicowania wskazuje raczej bardzo zróżnicowany stan opieki medycznej w tym zakresie. W tym widziałabym bardzo poważne braki. Jeżeli bowiem patrzymy na różne inne dziedziny opieki, to widać wyraźnie...

Jest tu obecny pan dyrektor z Najwyższej Izby Kontroli i ja pilnie czytam te raporty, a z nich wynikają bardzo istotne informacje, a także z analiz nakładów, dostępności usług ochrony zdrowia w różnych województwach a nawet powiatach, że w Polsce te zróżnicowania są duże. Mapy, które państwo pokazują nie uwzględniają tych zróżnicowań i nie pokazują w sposób jednoznaczny, że można przyjąć te wyjaśnienia, które podajecie. Dlatego, prosiłabym, aby państwo odpowiedzieli na to pytanie, albo pozostaniemy każdy przy swoim zdaniu. Moim zdaniem, te dane są mało wiarygodne. I dlatego zwracam się z pytaniem do pana profesora, który kieruje ważnym instytutem naukowo-badawczym o ogromnych w Polsce zasługach – to jest jasne – i do pani profesor, czy mają państwo w tej sprawie jakieś propozycje, żeby te dane rzeczywiście nie budziły wątpliwości.

Następna sprawa, o którą chcę zapytać, to koszt leczenia gruźlicy. Ile to kosztuje? Nie tylko chodzi o jednego pacjenta, ale także o to, co wiąże się z całym środowiskiem, z którego jest ten pacjent. Jednak, jak pytać o koszt, jeżeli nie mamy po pierwsze ciągłości tego leczenia. My nie wiemy, co się dzieje z tym pacjentem, który chorował, a zdaje się, że po wojnie wiedzieliśmy i w ramach programów zwalczania gruźlicy było i lepsze dotarcie oraz lepsza egzekucja tego leczenia, jeśli pamiętam choć trochę z tamtego okresu – a pewne rzeczy pamiętam. Wydaje mi się więc, że należałoby się zastanowić, w jaki sposób do tego podchodzić, co byłoby racjonalne z punktu widzenia społecznego i z punktu widzenia ekonomicznego.

Wreszcie sprawa, o której mówiła pani profesor – laboratoria. Państwo mówią slangiem, tak jakby państwo przemawiali w swoim środowisku. Ja nie jestem ani lekarzem, ani tym bardziej pulmonologiem i gdy pani mówi, że coś ma 3 plusy, czy o transmisji

gruźlicy, to nie bardzo wiem, co to są 3 plusy. Pytam kolegę czy to znaczy, że ktoś zaraża na 3 metry, co to za język i jak do tego się odnieść, a będąc tutaj i mając okazję spotkania się z wybitnymi specjalistami, chętnie dowiedziałabym się czegoś. Spróbujcie państwo to nam umożliwić, bo tu jest trochę takich osób.

Natomiast wracając do tych trudności z laboratoriami, na czym one polegają. Czy nie ma odczynników? Czy nie ma wykwalifikowanych laboratoriów, czy nie ma laborantów, którzy umieją to oznaczać? O co chodzi? To pytanie do pani profesor, bo pani podała tę informację...

A teraz prośba do pana ministra Posobkiewicza w związku z tymi migracjami, które będą głównie ze Wschodu, bo tak się składa, że ludzie z Zachodu niespecjalnie chcą się u nas osiedlać. Będą się tu osiedlać ludzie ze Wschodu. Przyjeżdżają tu do pracy. Przyjeżdża także duża grupa w różnych innych interesach. Czy w związku z tym mamy możliwości, żeby przeprowadzać badania i kontrole, zwracać uwagę, wymagać badań, tak jak od nas od wielu lat wymaga na przykład Kanada? Kiedy jadę do Kanady, wymagają ode mnie badania. Nie mam pojęcia, jak to trzeba zrobić, bo ja się tym nie zajmuję, natomiast mogę być ofiarą pewnej niefrasobliwości władz ochrony zdrowia, skoro ta migracja nasila się i będzie się nasilać. Tu nie mamy wielkich możliwości.

To na razie takie moje pytania. Bardzo bym prosiła, żeby państwo zechcieli się do nich ustosunkować. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Czesław Hoc (PiS):

Dziękuję bardzo. Pani poseł Joanna Mucha, bardzo proszę.

Poseł Joanna Mucha (PO):

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący, również mam kilka pytań. Po pierwsze chciałabym podziękować panu przewodniczącemu za inicjatywę, żebyśmy sformułowali dezyderat do Ministra Zdrowia. Uważam, że to jest bardzo cenne. Sama chciałam zaproponować podobną inicjatywę. W związku z tym chciałabym zaproponować kilka punktów, które – w moim przekonaniu – powinny się znaleźć w tym dezyderacie.

Pierwszy, najważniejszy. Bardzo mnie poruszył ten temat i informacja o braku badań osób z kontaktu. To jest rzecz przerażająca. W związku z tym chciałabym zapytać panią profesor i pana profesora, czy państwo mają opracowany schemat postępowania w takich... Rozumiem, że to jest opracowane. Jeśli to jest opracowane, to kolejne pytanie jest do pana ministra – dlaczego nie jest wdrożone i dlaczego nie jest zapewnione finansowanie takiego schematu postępowania, bo domyślam się i przypuszczam, że każda analiza ekonomiczna pokaże, że korzystanie z tego schematu i postępowanie według tego schematu będzie znacznie tańsze niż późniejsze leczenie tych, którzy zachorują w wyniku niestosowania tego schematu. To wydaje mi się najważniejsze.

Teraz druga kwestia, która też mnie zaniepokoiła. To jest brak monitorowania dalszych losów chorych. Tego dotyczy dokładnie to samo pytanie – czy jest schemat i czy wiemy, w jaki sposób postępować? Jeśli panie kiwają głowami, że tak, to znaczy, że mamy jakieś braki organizacyjne i to po stronie naszych urzędów administracji. Pytanie, które konkretnie urzędy powinny zająć się tym, żeby to wdrożyć. Natomiast w moim przekonaniu – w naszym dezyderacie to też powinno się znaleźć – to powinno być wdrożone natychmiast. To są sprawy organizacyjne, nie medyczne, więc nie ma żadnych wymówek, żadnych możliwości powiedzenia, że brakuje pieniędzy albo cokolwiek innego. To są kwestie organizacyjne. To jest tylko dobra organizacja.

Kolejna kwestia, o której chciałam wspomnieć. To jest pytanie do pani profesor i pana profesora. Co konkretnie należy poprawić w diagnostyce? Pani poseł Hrynkiewicz przed chwilą zdała podobne pytanie, ale ja chciałabym je sformułować bardziej konkretnie. Co należy poprawić w diagnostyce, żeby lepiej dawać sobie radę z tą chorobą?

I ostatnia kwestia. Mnie też trochę zaskoczyła informacja o braku możliwości przymusowego leczenia pacjentów, a szczególnie tych, którzy są leczeni psychiatrycznie. To znowu – w moim przekonaniu – jest jakaś kwestia organizacyjna, która jest niedograna i którą my zawalamy jako organizacja. Pytam więc o to, w jaki sposób to powinno wyglądać. Czy to powinno wyglądać w ten sposób, że te decyzje administracyjne są wydawane szybciej, czy wydawane na inny wniosek, w innym trybie? Gdzie leży pies pogrze-

bany w kwestii tego pacjenta, szczególnie leczonego dodatkowo psychiatrycznie, żeby można go było zatrzymać na przymusowe leczenie? Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Czesław Hoc (PiS):

Dziękuję bardzo. Pani poseł Janina Okrągły, bardzo proszę.

Poseł Janina Okrągły (PO):

Dziękuję bardzo. Panie przewodniczący, panie ministrze, szanowni państwo, chciałabym właściwie wrócić do sprawy poruszonej przez panią poseł Muchę. Chodzi mi szczególnie o badania osób z kontaktu. Schemat postępowania jest i wydaje mi się, że nie od dzisiaj. Są opracowane wytyczne. Pamiętam jednak 2-3 lata temu przypadek we Wrocławiu, gdzie chorowała osoba z personelu szkoły i był problem organizacyjny. Wiadomo było, że kontakty trzeba przebadać, był jednak problem organizacyjny, kto powinien te badania wykonać, do jakich poradni to powinno iść, czy do POZ, czy do poradni chorób płuc i kto powinien za to zapłacić. Targi trwały dość długo. W końcu zapłacił za to NFZ, ale nie było to uznane za procedurę. Mam więc pytanie do ministerstwa i do NFZ, czy te sprawy organizacyjno-proceduralne są już wyjaśnione. Wiemy już, jak postępować w identyfikowaniu kontaktów, natomiast chodzi o kwestię wykonania tego, szczególnie gdy się to zdarzy wśród personelu szkolnego czy żłobkowego – kuchnia, nauczyciel. Kwestia dalszego postępowania, kontroli, a także tego, kto ma koordynować taką akcję.

Przewodniczący poseł Czesław Hoc (PiS):

Dziękuję bardzo. Pani poseł Krystyna Kłosin, bardzo proszę.

Poseł Krystyna Kłosin (PO):

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący. Panie ministrze, szanowni państwo, koleżanka Asia zadała już wszystkie pytania, które chciałam zadać, ale mam pewną wątpliwość i pytanie do pana profesora. Pan profesor był uprzejmy powiedzieć, że szczepienia nie mają żadnego wpływu na zapadalność. Czy pan profesor byłby uprzejmy rozwinąć tę myśl, bo ja cały czas żyłam w przekonaniu, że szczepienia są głównym czynnikiem ograniczającym zapadalność na chorobę, przeciwko której się szczepimy, a tu okazuje się, że tak nie jest. Byłabym bardzo wdzięczna, gdyby pan profesor uzasadnił to stwierdzenie i rozwinął tę myśl. Dziękuję serdecznie.

Przewodniczący poseł Czesław Hoc (PiS):

Dziękuję bardzo. Pani poseł Bożena Sławiak.

Poseł Bożena Sławiak (PO):

Szanowny panie przewodniczący, panie ministrze, Wysoka Komisjo, jest taki problem, który wyniknął podczas prezentacji, że są ogromne dysproporcje w zapadalności na gruźlicę w poszczególnych województwach. Czy ktoś to monitoruje? Czy ktoś daje zalecenia samorządom wojewódzkim, żeby one podjęły odpowiednie działania w celu redukcji tych zagrożeń, i czy ktoś to monitoruje? Dziękuję.

Przewodniczący poseł Czesław Hoc (PiS):

Dziękuję bardzo. Widzę, że nie ma więcej zgłoszeń. Proszę, może głos zabierze strona rządowa – pan minister, ewentualnie pan minister Posobkiewicz, jeśli będzie mieć jakieś... I pan profesor ewentualnie, bo słyszałem, że były pytania do pana profesora.

Podsekretarz stanu w MZ Igor Radziewicz-Winnicki:

Bardzo dziękuję. Panie przewodniczący, szanowni państwo, Wysoka Komisjo, dziękuję za dyskusję niebywale owocną, która, jak zawsze w merytorycznej dyskusji ujawnia słabe i mocne punkty systemu nadzoru nad gruźlicą. Trzeba odnieść się do wielu zagadnień i pytań które tutaj padły, począwszy od tego, co poruszyła w swojej bardzo merytorycznej wypowiedzi pani poseł Gądek – kwestii przymusu leczenia.

Rzeczywiście w ustawie zakaźnej – przepraszam za kolokwialne sformułowanie – czyli o przeciwdziałaniu i zwalczaniu chorób zakaźnych i zakażeń u ludzi, mamy przepis nakazujący obowiązek hospitalizacji wybranych grup chorych. Tam między innymi znajdują się gorączki krwotoczne – mówię to w aspekcie tego, że niedawno emocjonowaliśmy się problemem choroby Ebola w Polsce i potencjalnym ryzykiem jej zawleczenia. Wśród

chorób, które są tam wymienione jest także gruźlica, ale w fazie prątkowania. I odpowiadając poniekąd na pytanie pani poseł Gądek i pani poseł Muchy powiem, że gruźlica jest chorobą, którą leczy się przewlekle. To znaczy, że o ile jest pacjent, który ma gorączkę krwotoczną, zwykle jest w tragicznym stanie zdrowia i wiadomo, że natychmiast trafia do szpitala, bo jest w stanie bardzo ciężkim, o tyle pacjent prątkujący z gruźlicą po pierwsze jest w znacznie lepszym stanie zdrowia, jeśli chodzi o jego samopoczucie i kondycję. Po drugie ten proces leczenia jest niebywale rozwlekły, ciągnie się tygodniami, a nawet miesiącami, jak podpowiada pani profesor. Pacjent prątkuje i podlega obowiązkowi hospitalizacji. Wskutek wdrożenia sukcesywnego, skutecznego leczenia w warunkach szpitalnych, pacjent przestaje prątkować, a skoro przestaje prątkować, ten ustawowy obowiązek hospitalizacji zostaje z niego zdjęty. Musimy zrozumieć – to są prawa człowieka. Szpital to nie jest więzienie. Gruźlica to nie jest wyrok. Pacjent ma prawo powiedzieć, że rezygnuje z dalszego leczenia i opuszcza mury szpitala. I jakkolwiek jako lekarz myślę o tym chyba to samo, co pani poseł Mucha – bo widzę we wzroku pani minister zdegustowanie odnośnie do takiej decyzji pacjentów – to ludzie mają do tego prawo.

Musielibyśmy się jako społeczeństwo, a państwo jako parlament zastanowić się, czy jesteśmy skłonni uzasadnić zgodność z konstytucją przedłużenia tego obowiązku hospitalizacji do wyleczenia gruźlicy, co powodowałoby, że szpitale stałyby się miejscem zbliżonym do formy detencji. Nie wiem czy będzie na to przyzwolenie społeczne i czy to w ogóle jest możliwe w naszych realiach prawnych, bo idealna jest sytuacja taka, że pacjent jest osobą racjonalną i rozumie zasadność konieczności kontynuacji leczenia w trybie ambulatoryjnym. Niestety jest to układ idealny, a praktyka pokazuje, że często jest inaczej. Często jest tak, że w grupie osób chorych na gruźlicę, która jednak częściej dotyczy osób wykluczonych społecznie, mających niższe kompetencje społeczne, umiejętności zarządzania własnym życiem i kierowania losami, łatwiej o spotkanie osób, które gorzej współpracują z opieką zdrowotną.

Drugim aspektem tej sprawy, który ujawniliśmy w trakcie prac nad chorobą Ebola, jest to, że chociaż istnieje ustawowy obowiązek hospitalizacji, to rzeczywiście istnieje utrudnienie i niezrozumienie ze strony różnych instytucji odnośnie do egzekucji tego obowiązku. To znaczy dzieje się to wtedy, kiedy pacjent, który jest obowiązkiem ustawowym objęty, postanawia z tego obowiązku zrezygnować i wyjść ze szpitala. Pojawia się pytanie, kto ma prawo do zastosowania środków przymusu bezpośredniego wobec takiego pacjenta. Jest to pytanie, na które – przyznam się państwu – przynajmniej od kilku tygodni poszukujemy odpowiedzi i takiego przeformułowania przepisów ustawy zakaźnej, które spowodują skuteczność egzekucji tego przepisu. Jesteśmy na etapie podsumowywania tych wszystkich doświadczeń, które mamy po epidemii Eboli. One się wiążą.

Drugi element, który się pojawił, to kwestia skupisk. Pani poseł Gądek powiedziała, że gruźlicy jest coraz więcej. Ja myślę, że to jest raczej kwestia sprawozdawczości niż przekonania. Jestem przekonany, że z wykładu pani profesor zabrzmiało dość wyraźnie, że polska sytuacja epidemiologiczna w zakresie gruźlicy wyraźnie się poprawia. Oczywiście nasze wskaźniki są zupełnie inne niż w krajach Europy Zachodniej, ale też startowaliśmy powojennie z zupełnie innych wskaźników. Znajdujemy się w innej sytuacji. Biorąc więc pod uwagę, że mamy mało kontrolowaną sytuację ze strony krajów wschodnich, głównie Ukrainy, Rosji i republik postsowieckich, to nasza sytuacja jest pomiędzy, ale nie mamy sytuacji niekontrolowanej. Czyli mamy sytuację stabilną i dobrą, chociaż oczywiście chcielibyśmy mieć znacznie lepszą, ale gruźlica jest jedną z tych chorób, które nie zagrażają nagłym wybuchem niekontrolowanej epidemii w naszym kraju. Fakt, że ona występuje w skupiskach – o czym powiedziała pani poseł – i często są wielkie problemy z rozpoznaniem.

To jest też trochę odpowiedź na pytanie pani poseł Hrynkiewicz, dlaczego tak jest, że mamy problemy ze sprawozdawczością i w rozpoznaniu. Dlatego, że na przykład pacjentom mieszkającym w domach pomocy społecznej, w skupiskach, pacjentom w wieku senium, często chorującym, kaszlącym, nie jest zaproponowane odpowiednie badanie. Czyli czułość pracowników ochrony zdrowia, którzy sprawują opiekę zdrowotną, głównie podstawową, nad tymi pacjentami, nie jest wystarczająca. A jest to wynik tego, że gruźlica jest jednak ciągle chorobą rzadką i w świadomości przeciętnego lekarza

występuje stosunkowo rzadko. Ja wiem, że ona nie spełnia kryteriów choroby rzadkiej kryteriów, ale to nie jest choroba częsta populacyjnie.

Kolejny aspekt tej rozmowy, to kwestia ewentualnej poprawy wykrywania. Charakterystyka, rozkład i częstość występowania gruźlicy, tak naprawdę, nie uzasadniają wprowadzenia populacyjnego testu przesiewowego w kierunku gruźlicy, dlatego że po pierwsze dobrego narzędzia diagnostycznego nie ma, a po drugie czułość takiego testu i zdolność do wykrywania, identyfikacji osób chorych, jest także zależna od częstości występowania tej choroby w populacji. I dlatego rzeczywiście takie narzędzie kiedyś stosowane – pamiętamy wszyscy testy, małoobrazkowe zdjęcia – dzisiaj już nie znajduje żadnego uzasadnienia i to jest działanie nieskuteczne. Natomiast powinniśmy się koncentrować się na tych ogniskach, gdzie stwierdzono gruźlicę i na rozszerzaniu badań diagnostycznych na populację z kontaktu i potencjalnego kontaktu.

Trzeba też sobie uzmysłowić – odpowiadając niejako na pytanie pani poseł Muchy, dlaczego tak się dzieje – że mamy standardy, że wiemy jak wykrywać gruźlicę, a praktyka pokazuje, że wykorzystanie tych standardów jest niezadowalające. Dzieje się tak z kilku przyczyn. Po pierwsze, dlatego że jak wszyscy wiemy skuteczność funkcjonowania i współpracy podstawowej opieki zdrowotnej oraz specjalistycznej opieki zdrowotnej jest limitowana wieloma czynnikami natury organizacyjnej – w pełni zgadzam się z tezą postawioną przez panią minister – i nierzadko finansowej. To znaczy coś, co niedawno mieliśmy... Pamiętają państwo wielką debatę publiczną na temat funkcji podstawowej opieki zdrowotnej i negocjacji lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej z ministrem zdrowia. Przypominam, że głównym celem negocjatorów było zmniejszenie liczby badań, do których wykonania będzie zobligowana podstawowa opieka zdrowotna. Między innymi w tym katalogu badań obligatoryjnie wykonywanych w POZ nie znalazły się badania radiologiczne klatki piersiowej, nad czym ubolewam... Przepraszam bardzo, badań mikrobiologicznych, testów. Natomiast, nie ma w tym katalogu badań osób z kontaktu, a w przypadku osób z kontaktu tak naprawdę logika medycyna wskazywałaby na to, że takie osoby wymagają wcześniejszego przebadania przez POZ i ewentualnie ustalenia zasadności skierowania lub liczby badań wykonywanych w POZ lub w AOS. Praktyka wskazuje na to, że jest to niestety obszar nieporozumienia i najczęściej ci pacjenci bez wstępnej diagnostyki są kierowani do poradni specjalistycznej, co opóźnia ich dostęp do właściwej diagnostyki radiologicznej robionej już na etapie AOS...

Poseł Joanna Mucha (PO):

Czy w standardzie postępowania, który państwo opracowali, ten człowiek przechodzi przez POZ...

Przewodniczący poseł Czesław Hoc (PiS):

Proszę włączyć mikrofon...

Członek Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc Małgorzata Czajkowska-Malinowska:

Małgorzata Malinowska, Polskie Towarzystwo Chorób Płuc. Problem jest taki, że pacjent z gruźlicą może pójść do każdego lekarza specjalisty bez skierowania. Natomiast pacjent z kontaktu z gruźlicą nie może pójść bez skierowania, musi pójść do lekarza POZ. I to jest problem, bo to wydłuża... W niektórych sytuacjach, tak...

Przewodniczący poseł Czesław Hoc (PiS):

Pani minister, może...

Członek ZG PTChP Małgorzata Czajkowska-Malinowska:

Najlepsze byłoby rozwiązanie, żeby jak było kiedyś, pacjent z kontaktu mógł pójść do lekarza bez skierowania.

Przewodniczący poseł Czesław Hoc (PiS):

Dziękuję bardzo. Czy pan minister skończył? Czy tak, panie ministrze? Jeśli tak...

Podsekretarz stanu w MZ Igor Radziewicz-Winnicki:

Jeszcze jedna kwestia dotycząca psychiatrów. To jest wątek, który – mówiąc szczerze – poznałem dzisiaj. Chodzi o leczonych psychiatrycznie... Fakt, że problem sumowania

się wszystkich świadczeń w przypadku długich hospitalizacji na psychiatrii jest znany. Jesteśmy w trakcie zmiany koszyka psychiatrycznego i pracujemy nad różnymi rozwiązaniami wespół z konsultantem krajowym i świadczeniodawcami, więc ta kwestia – mam nadzieję – zostanie uregulowana. Natomiast ja bym ten problem raczej odwrócił to znaczy, wydaje mi się bardziej zasadne, patrząc okiem lekarskim, żeby osoba chora psychicznie, która wymaga hospitalizacji z powodu gruźlicy, była hospitalizowana w oddziale właściwym do leczenia gruźlicy, gdzie w drodze konsultacyjnej można łatwiej leczyć schizofrenię niż przeciwnie, w sytuacji, kiedy... Pamiętajmy, że jeżeli chory prątkuje, to znowu stanowi zagrożenie epidemiczne dla współpacjentów, więc myślę, że to jest kwestia... Ale tu znowu wracamy do kwestii organizacyjnych, bo to wygląda różnie w zależności od możliwości poszczególnych oddziałów i szpitali. Na tym etapie, jeśli pan przewodniczący pozwoli, przekazałbym głos panu ministrowi i pani profesor...

Przewodniczący poseł Czesław Hoc (PiS):

Może jeszcze głos zabierze pan profesor Kazimierz Roszkowski-Śliż z Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc. Były do pana specjalistyczne pytania. Bardzo proszę.

Dyrektor IGiChP w Warszawie Kazimierz Roszkowski-Śliż:

Dziękuję. Tak jest. Bardzo krótko odpowiem pani poseł, może najpierw odnośnie do roli szczepień ochronnych w gruźlicy. Przez długi okres były prowadzone badania nad skutecznością szczepionki, ale wątpliwości odnośnie do skuteczności szczepień przeciwprątkowych były od bardzo dawna. Są kraje w Europie Zachodniej, w których nigdy nie zostały wprowadzone szczepionki, dlatego że nigdy nie było dowodu na to, że szczepionki ochronne gruźlicy mają wpływ na zapadalność.

Polska w minionej epoce, w poprzednim systemie, należała do takich krajów jak Kazachstan, w którym były szczepienia u noworodków, potem były rewakcynacje w piątym roku, w siódmym roku, w dwunastym – do osiemnastego roku życia. Ten archaiczny system był utrzymywany do czasu, kiedy to zmodyfikowaliśmy na podstawie medycyny faktów zgodnie z którą wiemy, że szczepionki nie mają żadnego wpływu na zapadalność i to również na zapadalność u dzieci. Dowód jest prosty. Mianowicie, jeżeli zbadamy tempo spadku zapadalności w krajach o najlepszych wskaźnikach epidemiologicznych i w Polsce, to tempo spadku jest dokładnie takie samo. Niezależnie od tego, że w tamtych krajach się nie szczepi, a w Polsce się szczepi, tempo spadku wynosi około 2,5% rocznie. Natomiast szczepimy dzieci, bo jest to również udowodnione naukowowo, że u dzieci szczepionych występuje mniejszy odsetek ciężkich postaci klinicznych gruźlicy. I w związku z tym, że nasza sytuacja epidemiologiczna jest mimo wszystko gorsza... Mówię o wieku dorosłym, bo jeżeli chodzi o zapadalność u dzieci w Polsce jest mniejsza niż na przykład w Wielkiej Brytanii, gdzie jest to spowodowane wzrostem zapadalności u dzieci imigrantów z krajów o wysokim zagrożeniu. Nasza zapadalność u dorosłych jest na tyle istotna, że prawdopodobieństwo zakażenia dziecka jest na tyle duże, że to dziecko ma mimo wszystko większą szansę zachorowania, a jeżeli ma większą szansę zachorowania, to eliminujemy zachorowanie na ciężką postać gruźlicy, jaką jest na przykład gruźlicze zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych. I dlatego jest sens szczepić dzieci, bo nie wypływa to na zapadalność u dzieci, natomiast wpływa to na ograniczenie ciężkich postaci klinicznych. To było chyba jedyne pytanie pani poseł. Prawda?

Poseł Krystyna Kłosin (PO):

Tak.

Dyrektor IGiChP w Warszawie Kazimierz Roszkowski-Śliż:

Natomiast odnośnie do wiarygodności rejestru gruźlicy, proszę państwa, i tych uwarunkowań zapadalności, jest to bardzo skomplikowany problem i pan przewodniczący byłby bardzo niezadowolony, gdybym chciał to dokładnie wyjaśnić...

Przewodniczący poseł Czesław Hoc (PiS):

Zatem w skrócie merytorycznym...

Dyrektor IGiChP w Warszawie Kazimierz Roszkowski-Śliż:

Mówiąc w skrócie, aspekt historyczny jest oczywiście bardzo ważny. Bardzo istotny jest aspekt tak zwanego PKB, dlatego że województwo lubelskie – proszę pamiętać – do czasu akcesji do Unii Europejskiej Rumunii i Bułgarii, było najbiedniejszym regionem UE, i wiele innych aspektów... Natomiast chciałbym jednoznacznie ustosunkować się do tak zwanej wiarygodności danych.

Bardzo nie lubię takich sytuacji, kiedy ktoś nie znając pewnego obszaru tworzy zarzut, że dane są niewiarygodne. Proszę państwa, my mamy Centralny Rejestr Gruźlicy, który jest rejestrem specjalnym, jednym z nielicznych rejestrów imiennych, na które zgodził się GIODO. Po co? Żeby śledzić kontakty. Dlatego jest to rejestr imienny. Mamy zarejestrowanego pacjenta z imienia i nazwiska, miejsca zamieszkania, po to żeby śledzić kontakty. Dane są wiarygodne z tego powodu... Oczywiście nie ma idealnych rejestrów, zawsze jest pewien stopień niedorejestrowania, trzeba tylko oszacować, jaki jest... Stopień, nie dokładność. Natomiast o wiarygodności danych świadczą długoletnie trendy. Jeżeli w danym obszarze geograficznym, czy w całym kraju, mamy cały czas trendy spadkowe, które tworzą linię prostą, to wiadomo, że dane są wiarygodne, albo stopień niedorejestrowania jest minimalny i stały, dlatego że w przeciwnym razie krzywa na wykresie takich spadających zapadalności miałaby kształt zębów piły.

Była taka sytuacja w kilku województwach w czasie transformacji systemu opieki zdrowotnej, wprowadzenia w 1999 r. ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, kiedy był moment niezaniechania finansowania. Jeszcze nie było głównego inspektora sanitarnego, a kasy chorych nie przyjęły na siebie tych elementów kosztowych, które są związane z rejestracją gruźlicy i administracją tego programu. Wtedy faktycznie były 2 lata, kiedy zapadalność miała kształt zębów piły. Jest oczywiście województwo lubelskie, w którym był okresowy wzrost zapadalności. On również przez pewien okres był stały. Zresztą tam zadziałał lokalny program zwalczania gruźlicy polegający na uruchomieniu pielęgniarek środowiskowych do identyfikacji wczesnych rozpoznań, bo – powtarzam – podstawą, głównym elementem profilaktyki gruźliczej jest wczesne rozpoznanie i wczesne zaniechanie prątkowania. Tam interwencyjnie uruchomiono program aktywnego skrynningu, gdzie pielęgniarki środowiskowe zajęły się grupami ryzyka, przede wszystkim u osób... Bo największym czynnikiem zachorowania na gruźlicę, proszę państwa, jest wiek...

Przewodniczący poseł Czesław Hoc (PiS):

Panie profesorze, proszę o lapidarność... Proszę o skrót merytoryczny, bo mamy jeszcze...

Dyrektor IGiChP w Warszawie Kazimierz Roszkowski-Śliż:

...a w związku z tym te badania – nazwijmy to kierunkowo – w grupach ryzyka. Chciałbym jeszcze raz zapewnić Wysoką Komisję, że system identyfikacji gruźlicy w Polsce Centralnego Rejestru Gruźlicy jest wiarygodny. Nie jest on obciążony dużym błędem związanym z niedorejstrowaniem przypadków. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Czesław Hoc (PiS):

Dziękuję bardzo. Czy jeszcze pan minister Posobkiewicz, czy są już wystarczające dane? Bardzo proszę.

P.o. głównego inspektora sanitarnego Marek Posobkiewicz:

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący. Następnym razem postaram się jednak mówić przed panem ministrem Radziewiczem-Winnickim, bo on zawsze tak dużo powie, że trudno jest coś dopowiedzieć. Odniosę się też do pytania pani poseł Hrynkiewicz.

Jak pani profesor dobrze zauważyła, ten ruch transgraniczny zawsze może wpływać na sytuację epidemiologiczną w kraju. Jeżeli chodzi o ludzi krótko przebywających, turystów, to oni nie będą zagrożeniem. Mogą być nim ci ludzie, którzy będą się przesiedlać do naszego kraju. Jeżeli ktoś przyjeżdża tutaj, żeby pracować, osiedla się, to ma takie same prawa jak inni obywatele, może też z tego korzystać. Jeżeli pracuje podlega badaniom profilaktycznym, co też jest bardzo dobrym filtrem epidemiologicznym, jeżeli chodzi o choroby zakaźne w tym również gruźlicę, których najwięcej wyłapuje się w przypadkowych zdjęciach rentgenowskich.

Chciałbym jeszcze zwrócić uwagę na jedną grupę. Oprócz chorych psychiatrycznych, inną trudną grupą... Powiem to ze względu na swoją przeszłość więzienną, na szczęście byłem w areszcie śledczym jako kierownik zakładu opieki zdrowotnej, a nie po drugiej stronie. Tam też wyłapywało się wielu pacjentów podczas badań wstępnych, które tam wszyscy przechodzą, łącznie ze zdjęciami klatki piersiowej, którzy nie wiedzieli wcześniej o tym, że chorowali i zawsze największym bólem było to – bo oni, jak każdy prątkujący, podlegali przymusowemu obowiązkowi hospitalizacji – że byli w szpitalu więziennym, a potem, kiedy już nie prątkowali wracali na leczenie do zakładów karnych, gdzie odbywali karę. Jeżeli jednak ich kara była krótsza niż leczenie, to wpływ na ich dalsze leczenie był już utrudniony, nie było nadzoru. Oni mieli wskazane miejsce, gdzie mogą się zgłosić się i otrzymywać leki bezpłatnie, ale tak naprawdę nikt nie mógł tego na nich wymusić. I to jest druga poważna grupa, ponieważ w tym środowisku statystycznie jest więcej chorych niż wśród ludzi na wolności.

Jak wspomniał pan profesor, szef instytutu, który jest przez nas ośrodkiem wskazanym do kontroli przeprowadzania badań statystycznych nad gruźlicą, te dane są dostępne na stronach internetowych instytutu. Podawanie ich tutaj, ze względu na charakter spotkania, mijałoby się z celem, bo to są duże dane z podziałem na wiek, płeć i miejsce zamieszkania, jest to więc robione bardzo dokładnie statystycznie.

Jeżeli chodzi o przeciwdziałanie i zwalczanie gruźlicy, to – jak pan profesor Roszkowski-Śliż powiedział – ważne jest też rozpoznanie, izolacja chorego prątkującego, skuteczne leczenie i to, co nas wszystkich najbardziej boli, doleczanie potem tych pacjentów, bo u pacjentów, u których rozpoczniemy leczenie skutecznie wyhamujemy prątkowanie, ale będą niedoleczeni, mogą powstawać szczepy prątków wielolekoopornych, co jest bardzo dużym problemem. Możemy też się liczyć w przyszłości z tak zwaną migracją medyczną ludzi ze Wschodu, gdzie sytuacja epidemiologiczna jest dużo poważniejsza. Jeżeli oni tam nie będą mogli się leczyć, będą mogli przyjeżdżać do nas, żeby ich objąć leczeniem – jak państwo sugerują, takie osoby już są – ale jeżeli taka informacja do nich szerzej dotrze, może ich przyjeżdżać więcej.

Jeżeli będą do mnie następne pytania, bardzo chętnie odpowiem. Czy teraz, czy później, jestem do dyspozycji, bo – jak państwo wiedzą – temat jest bardzo poważny...

Przewodniczący poseł Czesław Hoc (PiS):

Dziękuję bardzo. Jeszcze pani prezes. Bardzo proszę.

Konsultant krajowy w dziedzinie chorób płuc Halina Batura-Gabryel:

Bardzo przepraszam, ale nie będę mówić długo. Odnoszę wrażenie, że nie powinniśmy histeryzować, jeśli chodzi o gruźlicę, ale nie powinniśmy też podchodzić do tego problemu lekko. To jest prawie 8 tys. nowych zachorowań rocznie. Dlatego wszystko co poprawia czujność, opiekę nad chorymi, wykrywanie, kontrolę tych chorych, monitorowanie, kontrolę kontaktów, trzeba traktować z całą powagą, proszę państwa, bo jeżeli nie będziemy tego robić, to znajdziemy się w o wiele trudniejszej sytuacji.

Jeszcze jedno. Uważam, że powinniśmy dążyć do kryteriów krajów Unii Europejskiej, a nie do kryteriów wschodnich i być zadowolonym ze wskaźnika 18,8 na 100 tys. A małe dzieci musimy szczepić – jedno szczepienie rocznie po urodzeniu. Bezdyskusyjnie musimy w naszej sytuacji epidemiologicznej, gdy w środowisku jest bardzo dużo osób, które mają przebytą gruźlicę. Nasza sytuacja jest zupełnie inna niż krajów skandynawskich. Tak więc nie histeria, nie jakieś szaleństwo, które... Jeszcze jedna rzecz. Społeczeństwo, rodzice, kiedy słyszą, że opiekunka w przedszkolu czy salowa prątkuje, to jest totalna histeria. Uczestniczyłam w gaszeniu kilku takich pożarów. Potrzebna jest jeszcze edukacja społeczeństwa i lekarzy. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Czesław Hoc (PiS):

Dziękuję bardzo. O głos poprosiły jeszcze pani poseł Lidia Gądek i pani minister Joanna Mucha. Prosiłbym jednak o krótkie komentarze, dlatego że w imieniu prezydium poproszę panie, które zgłosiły propozycję dezyderatu, żeby opracowały ten dezyderat, w którym wyartykułują, jakie działania są bardzo istotne. Dziękuję.

Poseł Lidia Gądek (PO):

Dziękuję bardzo... Dziękuję panu przewodniczącemu, bo pan przewodniczący Latos zawsze skraca moje wypowiedzi, nie wiem dlaczego, a pan nie, więc będę mogła odnieść się do dwóch kwestii. Przede wszystkim z miłą chęcią przygotujemy z panią minister taki dezyderat i przedstawimy państwu do przyjęcia. Żaden z panów ministrów nie odniósł się do kwestii, o której mówiłam, czyli do odpłatności za świadczenia – za hospitalizację i leczenie – i ich limitowania. Jeszcze pan dyrektor prosił o głos. Myślę, że na dwie minuty ten głos dostanie.

Jeżeli chodzi o kwestię postępowania z pacjentem z kontaktu – co pani profesor na koniec wyraźnie podkreśliła – to jest postępowanie głównie edukacyjne, jeżeli chodzi o społeczeństwo. Tu rola lekarza rodzinnego i pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej oraz pielęgniarki w środowisku nauczania i wychowania jest ogromna, bo jeżeli przychodzi do nas pacjent informując, że jest z kontaktu – jeżeli przychodzi... Bo, proszę państwa, jest tak, że część z przerażeniem przyjdzie i się zgłosi, a część nie... Właśnie, mamy różne społeczeństwo. Jeżeli jednak przychodzi, to w naszych kompetencjach wbrew temu co mówił pan minister – pan minister po prostu się przejęzyczył – jest przede wszystkie badanie fizykalne, wywiad, co jest niezmiernie ważne przy tej chorobie i oczywiście zdjęcie... Mamy w swoich kompetencjach zdjęcie, więc to robimy. W razie uzasadnionego podejrzenia, kierujemy do przychodni chorób płuc, ale na tym kończą się kompetencje lekarza rodzinnego. I tak właściwie powinna wyglądać dobra współpraca. Natomiast ważna jest – i tu rola ministerstwa – szeroko pojęta edukacja, również poprzez Ministerstwo Edukacji Narodowej, bo wiedza na ten temat jest niezmiernie mała, ale także poprzez inne środowiska, stowarzyszenia... Generalnie również w środowisku medycznym – nie czarujmy się, bo to też jest bardzo ważny temat – bo wśród specjalistów różnych dziedzin medycyny wiedza na ten temat jest różna. Powiedzmy tak delikatnie.

Odnośnie do statystyki, ja nie wnosiłam zastrzeżeń odnośnie do tego, że rejestr jest nieprawidłowo prowadzony, bo jest on oczywiście prowadzony bardzo dobrze, natomiast jest niedoszacowany z innych względów. Rozpoznawalność niestety mamy jeszcze taką, jaką mamy. Wielu pacjentów się nie zgłasza, a ci którzy się zgłaszają, przez wiele tygodni, miesięcy a nawet lat nie mają rozpoznania gruźlicy mimo prątkowania – o czym pani profesor mówiła – grupa ludzi starych, chorujących inaczej itd. W związku z tym, to nie była negacja systemu, tylko tego, że wciąż jeszcze za mało rozpoznajemy. Co więcej ta akcja profilaktyczno-edukacyjna w województwie małopolskim, o której pani doktor mówiła – finansowana była wspólnie przez samorządy, w tym samorząd województwa małopolskiego i inspektora sanitarnego – przyniosła bardo duże efekty, jeśli chodzi o kwestię rozpoznawalności poprzez lekarzy rodzinnych i zgłaszalności problemu, na przykład przez dzieci i młodzieży wśród których ta akcja była prowadzona. W związku z tym należy na to zwrócić uwagę, bo prątkujących nierozpoznanych cały czas jest zbyt wielu. Bardzo dziękuję.

Przewodniczący poseł Czesław Hoc (PiS):

Dziękuję bardzo. Pani minister Joanna Mucha...

Dyrektor IGiChP w Warszawie Kazimierz Roszkowski-Śliż:

Jedno zdanie ad vocem.

Przewodniczący poseł Czesław Hoc (PiS):

Tak, bardzo proszę.

Dyrektor IGiChP w Warszawie Kazimierz Roszkowski-Śliż:

Zastąpiłbym słowo „nierozpoznanych" określeniem „za późno rozpoznanych", dlatego że po latach osoba bez rozpoznania umiera. Tu chodzi o opóźnione rozpoznanie...

Przewodniczący poseł Czesław Hoc (PiS):

Dobrze. Pani poseł Joanna Mucha, a później pani poseł Józefa Hrynkiewicz. Bardzo proszę.

Poseł Joanna Mucha (PO):

Jestem w tej chwili w dość trudnej sytuacji, bo to powtarza się po raz kolejny na posiedzeniu Komisji Zdrowia. Zaczynam po prostu mieć wrażenie, że kiedy tutaj zadaję pytania, to mówię po japońsku, bo stawiam bardzo precyzyjne pytania, a uzyskuję odpowiedzi na pytania, których nie zadałam i które mnie nie interesowały. Panie ministrze, mam problem, nie wiem, w jaki sposób zadawać panu pytania, żeby uzyskać odpowiedzi.

Ja wtedy, kiedy byłam w ministerstwie, bardzo skrupulatnie notowałam wszystkie pytania posłów zadawane podczas posiedzenia Komisji. Mogę zaoferować usługi mojego asystenta, żeby panu pomagał, bo naprawdę zależy mi na tym, żeby te odpowiedzi uzyskiwać. My tu nie jesteśmy po to, żeby zapełniać sobie czas, tylko po to, żeby coś osiągnąć. Powrócę do tych pytań, choć rozumiem, że już w tej chwili nie otrzymam na nie odpowiedzi, ale mam nadzieję, że odpowiedź na nasz dezyderat będzie wyczerpująca i na temat.

Pierwsze pytanie, o leczenie przymusowe. Nie chodzi mi o leczenie przymusowe osób, które już przestały prątkować tylko osób, które prątkują, a pan odniósł się do wszystkiego, tylko nie do tego, o co pytałam.

Po drugie schemat postępowania z osobami z kontaktu. Zapytałam o finansowanie. W ogóle nie otrzymałam odpowiedzi na ten temat, ale też ten schemat postępowania nie może być rozważamy wyłącznie jako schemat postępowania diagnostycznego. Wyobrażam sobie, że jeśli mam pacjenta, który miał kontakt z wieloma osobami, to przeprowadzam z tym pacjentem wywiad, dowiaduję się, jakie to mogą być osoby i te osoby są zapraszane na badanie. I pytanie, gdzie to zaproszenie ma być skierowane. Czy do POZ, czy do specjalisty, w jakie miejsce? Czy państwo mają opracowane pod względem organizacyjnym, kto to ma przeprowadzać i w jaki sposób, w jaki sposób komunikować się z tym pacjentem, jakie zawiadomienie mu wysyłać? Przecież to są jedne z najważniejszych tematów.

Pytałam, co poprawić w diagnostyce. Nie dostałam odpowiedzi. Pytałam o monitorowanie losów osób, które zostały wyleczone. Nie dostałam odpowiedzi. Czy są wypracowane przez państwa organizacyjne sposoby, żeby monitorować to, co dalej się dzieje z tym pacjentem? Żadnej odpowiedzi.

Rozumiem, że w tej chwili nie ma już możliwości na to, żeby uzyskać te odpowiedzi, ale umieścimy to wszystko w dezyderacie. I naprawdę liczę na to, że te odpowiedzi w końcu uzyskam, łącznie z odpowiedziami na poprzednie pytania zadane już przeze mnie na kilku posiedzeniach Komisji. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Czesław Hoc (PiS):

Dziękuję bardzo. Pani profesor Hrynkiewicz, bardzo proszę.

Poseł Józefa Hrynkiewicz (PiS):

Bardzo dziękuję, panie przewodniczący. Ja już jestem przyzwyczajona do tego, że nie otrzymuję odpowiedzi na pytania i że one są tutaj zbywane. Jeśli zapytałam, czy są limity, to z jakiegoś powodu. Jeżeli ten limit jest, panie ministrze, to proszę powiedzieć, że jest limit i rocznie leczymy 1/10 czy 50%, czy 98%, wszystko jedno ile, tylko że ustaliliśmy limity w leczeniu chorób zakaźnych, bez względu na skutki społeczne, ekonomiczne, medyczne i jeszcze inne – możemy mnożyć przymiotniki. To jest sprawa niezwykle ważna. Zapytałam, co w tej sprawie robi inspektor sanitarny, bo zdaje się, że jest ustawa o ochronie sanitarnej i ona jest dość jednoznaczna w tej sprawie. I nie może być tak, że nie ma pieniędzy na leczenie chorób zakaźnych – nie ma pieniędzy na leczenie gruźlicy, więc po prostu tak będzie.

Panie profesorze, ja nie kwestionuję, że pan ma dobre rejestry imienne, z adresem, wiekiem. Na pewno wszystko jest tam dobrze zapisane, tylko moje zastrzeżenie dotyczy tego, że 18,8 na 100 tys. to nie jest liczba, którą ja mogę przyjąć jako pewną, stałą, bo gdy pytam o choroby psychiczne to się dowiaduję, że to jest około 1,5 mln plus połowa i jeszcze tyle samo, którzy się nie zgłaszają do lekarza, więc być może z gruźlicą jest podobnie, a być może jest to tylko 1/10, a może tylko 1/5, a może 1%. Nie wiem, ale w każdym razie nie daje to pełnego obrazu, a każde ognisko gruźlicy, nawet małe – ja całe życie pracuję w bardzo dużych grupach młodzieży – jest bardzo groźne, i pan lepiej to wie ode mnie, więc nie muszę tego tłumaczyć. Więc nie było z mojej strony zastrzeżenia, że są niewia-

rygodne rejestry, tylko moje zastrzeżenie dotyczy tego, że nie jestem zadowolona z tego, że w Polsce, w kraju cywilizowanym i zaliczającym się już do krajów o średnim poziomie rozwoju, jesteśmy na tym poziomie, na jakim jesteśmy. Ale nie tylko z tego jestem niezadowolona, że jest tak źle, jak jest, a także z tego, że nie umiemy tego jeszcze porządnie zbadać, policzyć i zdiagnozować. I o to chodzi.

Pytam o laboratoria. Dlaczego o nie pytam? Dlatego że pani profesor, konsultant krajowy do spraw gruźlicy, mówi o tych problemach. Ponieważ zwróciłam się do Najwyższej Izby Kontroli z prośbą o zbadanie w Polsce całego systemu laboratoryjnych badań diagnostycznych, to chcę się więcej dowiedzieć. I proszę mnie nie zbywać.

Chcę państwu powiedzieć, że to nie jest tak, że my tu sobie pogadamy i nikt więcej tego nie będzie słyszeć. Ja po każdym posiedzeniu Komisji Zdrowia odbieram kilka-kilkanaście telefonów z całej Polski. Różne osoby zainteresowane, w tym przypadku gruźlicą, będą dzwonić, pisać mejle, kontaktować się i będą o tym mówić i dopytywać się. Ja nie pytam z próżnej ciekawości, bo potrafię znaleźć bibliotekę, publikacje i potrafię je przeczytać, i pewnie nawet dowiem się, co znaczą 3 plusy, jak będzie trzeba, i różne skróty, które tu są... Jednak, to nie o to chodzi. Chodzi o to, że takie posiedzenie Komisji spełnia także pewne funkcje edukacyjne. Natomiast oczywiście jeśli nie chcą państwo odpowiadać na pytania, to nie odpowiadajcie. Będzie dezyderat. Przygotowanie takiego dezyderatu bardzo popieram. Jeśli panie sobie tego życzą – pani doktor i pani minister – to chętnie się do tego włączę. Myślę, że dzisiejsze spotkanie było bardzo ważne, pouczające i wszystkim, którzy zechcieli nas o tym poinformować, i przyszli na to spotkanie, bardzo dziękuję, bo skorzystam z tych narzędzi, które mi daje stanowisko posła i zwrócę się po prostu w interpelacji o dodatkowe informacje. Bardzo dziękuję.

Przewodniczący poseł Czesław Hoc (PiS):

Dziękuję bardzo. Panowie ministrowie, myślę że będzie przygotowany dezyderat. W imieniu prezydium będę prosić panie posłanki, które będą autorkami tego dezyderatu – panią poseł Gądek, panią minister Muchę i panią profesor Hrynkiewicz – żeby taki dezyderat opracowały. Myślę że będzie on uwzględniać wiele aspektów i poruszanych tutaj wątków. I na tym byśmy kończyli w tym zakresie. Natomiast – bardzo proszę – jeszcze pan dyrektor chciał powiedzieć kilka słów...

Dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Chorób Płuc i Rehabilitacji w Jaroszowcu Krzysztof Grzesik:

Krzysztof Grzesik, dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Chorób Płuc i Rehabilitacji w Jaroszowcu. Pani poseł, pozwolę sobie to przestawić. Tutaj są pokazane te 3 plusy, a także informacje, czego należy się obawiać – wzrostu liczby przypadków w Małopolsce. My opracowujemy w tej chwili program do Agencji Oceny Technologii Medycznych, który nazywa się „Świadomość istnienia gruźlicy barierą jej rozprzestrzeniania się”, bo obecnie największym problemem, szanowni państwo, jest to, że już nie ma świadomości, że ta gruźlica w ogóle jest. A największym problemem jest ten brak świadomości wśród lekarzy pierwszego kontaktu. To należy zmienić.

Natomiast, żeby nie przedłużać, a coś ciekawego wnieść, powiem szybciutko, jak rozmawiałem z Ukrainką – obywatelką Ukrainy – którą w naszym szpitalu leczyliśmy 2 lata na prątek gruźlicy, który okazał się nieuleczalny. To był prątek typu Beijing. Pytałem ją, szanowni państwo, jak leczy się gruźlicę na Ukrainie. Leżała w 10-osobowej sali, raz dostała lek, raz nie dostała, po kilku tygodniach, niezależnie od tego, czy była odprątkowana czy nie została wysłana do domu, do poradni. Tam raz dostała lek, drugi raz nie dostała, w związku z czym, przyjechała do Polski. Była szwaczką. Pracowała jako szwaczka i dostała się wreszcie do systemu opieki zdrowotnej. Notabene muszę podziękować sanepidowi, bo mamy wyjątkowo fantastyczny sanepid na naszym terenie... Na szczęście nikogo nie zaraziła. Po dwóch latach, w zasadzie na własne żądanie, wyjechała na Wschód z niemożnością odprątkowania de facto po śmierć. W związku z tym, jeżeli będziemy mieć teraz więcej takich osób – a tam takie osoby są, ponieważ system leczenia na Ukrainie jest dramatyczny – to możemy liczyć się z tym, że przypadków gruźlicy typu Beijing, zwłaszcza w Polsce, będzie więcej. I niestety Beijinga jest coraz

więcej, a jakoś tak dziwnie się składa, że w szpitalu w Jaroszowcu tego Beijinga jest statystycznie najwięcej w Polsce. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Czesław Hoc (PiS):

Dziękuję bardzo. Wydawać by się mogło, że gruźlica to temat opanowany, a jednak jeżeli posłanki i posłowie są skrupulatni, to dyskusja jest ciekawa.

Jest postanowienie, że będzie dezyderat, panowie ministrowie. Myślę że te autorytety medyczne, które są tu dzisiaj, również będą wspomagać opracowanie odpowiedzi na ten dezyderat. Oczywiście jeszcze raz bardzo proszę panie posłanki – panią poseł Gądek... Chociaż, panie ministrze, przydałoby się choć słowo wyjaśnienia, czy rzeczywiście są limitowane te świadczenia...

Podsekretarz stanu w MZ Igor Radziewicz-Winnicki:

Panie przewodniczący, już odpowiadam na to pytanie. Rzeczywiście Fundusz kontraktuje świadczenia ze szpitalami na podstawie określonych limitów. Pieniędzy w budżecie jest ograniczona ilość, natomiast nie ma kolejek. Nie ma chorych, którzy czekają w kolejce do leczenia na gruźlicę. Czym innym jest mechanizm rozliczenia, gdzie rzeczywiście Fundusz limituje, bo środki są limitowane, więc kontraktuje określone kwoty z określonymi szpitalami, ale nie przekłada się to w żaden sposób na opóźnienie diagnozy czy leczenia. Pacjenci w Polsce nie czekają w kolejce do udzielenia świadczenia z powodu gruźlicy.

Przewodniczący poseł Czesław Hoc (PiS):

Dobrze. Dziękuję bardzo. Sprawa limitowania, to, o czym pani mówiła – sprawa TBC w oddziałach psychiatrycznych, przymus leczenia, kryteria itd., monitoring – to wszystko znajdzie się w dezyderacie.

Dziękuję bardzo. Zamykam posiedzenie Komisji.